



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: CHRISTINA KARUNIA DEBORAH SELVARAJA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 24-Dec-1984	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1T31-LPMM-VMVR-RVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : I10 - Essential (primary) hypertension, E08.620 - Diabetes due to underlying condition w diabetic dermatitis, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

AETIOLOGY :

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	: Complaint
العراض المرضية	pc: loose stool , pain abdomen for 1 day known diabetic and htn on meds asthmatic no known allergy to drugs

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86003	Allergen Specific Ige Quan/Semiquan Ea Allergen	Lab
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	80061	Lipid Panel	Lab

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : SANDIA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 21/01/2025

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليته

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

